

Année 1956

N°

T H E S E

680

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TABARIE, André, Jean, Louis

Né le 2 Juin 1929, à Séziers (Hérault)

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude

DE LA LITHIASE PAROTIDIENNE

- oOo -

Président : Michel DECHAUME, Professeur

- oOo -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

N°

Nom du Candidat : TABARIE

Prénoms : André, Jean, Louis

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

TABARIE (André, Jean, Louis) Contribution à l'étude de la Lithiase Parotidienne. Dactylographiée - 69 pages (Th. méd. (Et.) PARIS 1956 - n°)	TABARIE (André, Jean, Louis) Contribution à l'étude de la Lithiase Parotidienne. Dactylographiée - 69 pages (Th. méd. (Et.) PARIS 1956 - n°)
---	---

rault)

TABARIE (André, Jean, Louis) Contribution à l'étude de la Lithiase Parotidienne. Dactylographiée : 69 pages Th. méd. (Et.) PARIS 1956 - n°	TABARIE (André, Jean, Louis) Contribution à l'étude de la Lithiase Parotidienne. Dactylographiée : 69 pages Th. méd. (Et.) PARIS 1956 - n°
--	--

INE

esseur

Faculté de Médecine de Paris

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

TABARIE, André, Jean, Louis

Né le 2 Juin 1929, à Béziers (Hérault)

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude

DE LA LITHIASSE PAROTIDIENNE

- oOo -

Président : Michel DECHAUME, Professeur

- oOo -



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153722_0044

- A mes Parents

Toute ma reconnaissance et mon affection.

- A Monsieur le Docteur Michel DESCHAUMS

Professeur de Clinique Stomatologique A la Faculté de Médecine

Stomatologiste de l'Hôpital de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire

Croix de Guerre 14-18.

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre respectueuse
gratitude et le témoignage de notre
profond respect.

- A Monsieur le Docteur André LATTES

Stomatologiste de l'Hôpital Laënnec

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a suggéré le sujet de cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre sincère et
respectueuse reconnaissance pour ses
conseils et la confiance dont il nous
a honorés pendant notre présence à
l'Hôpital Laënnec.

- A Monsieur le Docteur Armand RICHARD

Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis

- A Madame le Docteur E. PAPILLON-LEAGE

Stomatologiste de l'Hôpital des Enfants Assistés

- A Monsieur le Docteur Robert VRASSE

Stomatologiste de l'Hôpital La Salpêtrière

Nous les remercions de l'aimable
accueil qu'ils nous ont réservé dans
leur service et de tout l'enseigne-
ment qu'ils ont bien voulu nous
prodiguer.

- A Monsieur le Professeur Agrégé CERNEA
Stomatologiste de l'Hôpital Haroid

- A Monsieur le Docteur HENNION
Stomatologiste des Hôpitaux

- A Monsieur le Docteur BATAILLE
Stomatologiste des Hôpitaux

Avec tous nos remerciements pour les
conseils qu'il a bien voulu nous
donner.

- A Monsieur le Docteur LAROCHE
Stomatologiste des Hôpitaux

- A Monsieur le Docteur CABROL
Assistant des Hôpitaux

- A Monsieur le Docteur VIGNEUL
Assistant des Hôpitaux

Avec tous nos remerciements pour
l'aide bienveillante qu'il n'a
cessé de nous accorder.

- A Monsieur le Docteur COUTAND

Chef de Travaux à l'Institut de Stomatologie
de la Faculté de Médecine de Paris.

- A Monsieur le Docteur GRIGNON

Assistant des Hôpitaux

- A Monsieur le Docteur ROBERT

qui ont bien voulu nous communiquer
leurs observations.

Qu'ils en soient remerciés.

- A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier

- A mes Maîtres de l'Institut de Stomatologie
de la Faculté de Médecine de Paris.

INTRODUCTION

La lithiase parotidienne est une affection relativement rare, ce qui explique sans doute le petit nombre de cas aux quel on ont été observés. Nous retiendrons particulièrement ceux de FOURNIEU en 1926, de H. RUPPE et LATRES dans les Annales d'Otolaryngologie de Juin 1930, les thèses de LILLARD, en 1929, et de Mme VUICHET-VALETTE, en 1935. Plus récemment M. CEAUT et GRILLAT, dans sa "Chirurgie des glandes salivaires" ont repris cette question.

Pourtant il y a fort longtemps qu'elle est connue puisque Félix STATH, professeur d'anatomie enseignant à Bâle, semble avoir été le premier vers 1560 "à retirer de la glande parotide un très grand nombre de granulations melleuses".

Mais c'est à SEMBIGNOL, Chirurgien de l'Hospice Saint-Nicolas de Montpellier, à la fin du XVIII^e siècle, que l'on doit la première observation de lithiase du canal de Sténon. C'est une femme âgée de 50 ans qui se présente avec son service avec un gonflement considérable de la joue gauche, tension et dureté de la glande parotide du même côté, difficulté de remonter la mâchoire, sans écoulement. SEMBIGNOL la veut d'abord entretenir par une série d'antiseptiques, le traitement local la malade put ouvrir la bouche et le chirurgien vit alors que toutes les dents étaient en état et qu'elle avait dans l'apex de la racine

durété circonscrite, sensible, située sur le trajet du conduit de Sténon, près de son orifice dont la dilatation, plus grande qu'à l'état ordinaire, permet d'introduire un stylet. "Je m'assurai par ce moyen, ajoute SEGUIGNOL, de l'existence d'un corps solide dans ce conduit." L'extraction en fut faite facilement à l'aide d'une pince.

Ainsi SEGUIGNOL mettait déjà en évidence la conduite à tenir devant toute inflammation unilatérale du canal de Sténon ou de la parotide : s'assurer de l'existence ou non d'un "corps solide". A son époque le cathétérisme était, en dehors de l'examen clinique, le seul moyen à sa disposition. Aujourd'hui la radiographie et la sialographie nous aident souvent sans enlever la primauté à cette méthode d'exploration.

Nous avons pu réunir pour ce travail 35 observations : 9 sont originales, les 26 autres ont été colligées dans la littérature médicale de langues française et anglaise (sur ces 26 observations, 21 ont été publiées ces cinquante dernières années). A la lecture de ces quelques cas nous essaierons de dégager quelques données cliniques, diagnostiques et thérapeutiques valables.

Après avoir rappelé les éléments d'ordre anatomique, physiologique, anatomopathologique et pathogénique indispensables, nous nous attacherons plus particulièrement aux accidents révélateurs de la lithiase aux problèmes diagnostiques qu'ils posent et enfin aux différentes modalités du traitement.

CHAPITRE ~~II~~ I

RAPPEL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Dans ce bref rappel anatomique, nous n'insisterons pas sur la glande parotïde qui est exceptionnellement le siège des calculs (une observation). Nous étudierons surtout le canal de Sténon qui retiendra plus particulièrement notre attention lors de l'examen clinique et des examens complémentaires : radiographie et sialographie.

De l'anatomie de la parotïde, les notions suivantes sont à retenir :

1°) La loge parotïdienne est en contact étroit :

en arrière avec :

- le bord antérieur de l'apophyse mastoïde,
- le sterno cleïdo mastoïdien,
- le conduit auditif externe,
- l'apophyse styloïde
- et la partie externe du rideau stylien.

en avant :

- avec le bord postérieur de la branche montante de la mandibule.

en dedans :

- avec l'espace maxillopharyngé et le pharynx.

2°) Différents organes traversent la glande de SCHNERSON; dedans on rencontre successivement :

- un plan nerveux, le facial et l'auricule temporal,
- un plan veineux, la jugulaire externe,
- un plan artériel, la carotide externe et ses branches

3°) La loge parotidienne renferme de nombreux ganglions qui sont répartis en quatre groupes :

- a) les ganglions sous-cutanés sus-aponévrotiques (inconstants).
- b) les ganglions sous-aponévrotiques extra-glandulaires superficiels. Ils se réduisent à un ou deux ganglions préauriculaires dont un prétragien et un sous-auriculaire au pôle inférieur de la glande.
- c) les ganglions profonds intra glandulaires situés dans le plan celluleux qui sépare les lobes superficiels et profonds de la glande, le long de la jugulaire externe et de la carotide externe.
- d) les ganglions sous parotidiens.

Ils reçoivent les lymphatiques des téguments des régions frontale et temporale, de la région jugale postérieure, de la racine du nez et des paupières (tiers externe), de l'oreille.

Le sténon, canal sécréteur de la glande, est conduit à parois épaissies, blanchâtre, légèrement aplati, mesurant environ quatre centimètres de long et trois millimètres de diamètre. Il naît de la glande par deux racines supérieures et inférieures ou par un seul tronc obliquement ascendant et recevant 6 à 14 conduits collatéraux. Il émerge du bord antérieur de la glande, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Très souvent, la parotide émet le long du canal de sténon un prolongement antérieur dit prolongement massétérin. Ce prolongement s'isole parfois de la glande glandulaire principale et forme une parotide accessoire.

Le canal de sténon est à 15 millimètres du zygome au bord antérieur de la glande et à 10 millimètres au bord antérieur du masséter. Il est plaqué sur la face externe du muscle, dans un dédoublement de l'aponévrose massétérière, accompagné par des filets de la branche temporo faciale du facial. Il est donc superficiel. Au bord antérieur du masséter, il se coude à angle obtus pour se porter en dedans, contourner non le bord antérieur du masséter, mais la boule de Richat qui dépasse le muscle en avant. Il traverse les fibres du buccinateur entouré par les glandes molaires. Il s'ouvre dans la bouche par un orifice oblique en bec de flûte ou punctiforme au sommet d'une papille, à 35 millimètres en arrière de la commissure, en regard de la lèvre molaire supérieure. Le cathétérisme comprend donc deux temps : l'aiguille moussée est poussée d'abord de dedans en dehors, puis la joue retournée entre le pouce et l'index, le mouvement se fera alors d'avant en arrière. Parfois, il est impossible de franchir le coude du canal.

L'étude physiologique a été récemment reprise par MM. DIECHAUME, S. GOUVEL et F. POULAYE. Ils rappellent que la salive parotidienne représente 50 % de la salive totale soit 100 à 200 cc. par 24 heures.

- Sa densité est de 1,007 (sous-maxillaire 1,005).
- Son pH oscille entre 6,7 et 7,4 avec une moyenne de 7,07.
- Elle est peu visqueuse à cause de son taux faible en mucine.

Ces salivaires insistent sur la composition chimique qui est sensiblement la même que celle de la salive sous-maxillaire sauf pour la mucine.

La sécrétion de l'écraint est la même que celle de la salive sous-maxillaire. Ses variations sont imputables aux matières organiques.

L'eau représente 99,4 à 99,5 %.

Les sels minéraux sont en quantité assez considérable.

- cations : Ca Mg Na K Fe;
- anions : chlorure, fluorures, phosphates, nitrates, sulfates, carbonates.

Parmi les composés organiques, nous citerons la mucine qui joue un rôle important dans le maintien de la propreté buccale, par sa propriété de précipiter en elle-même et par son pouvoir bactéricide dû à un lysozyme protéolytique. Son taux est de 0,05gr. % (salive mixte 0,2 gr. %).

D'autres principes antibactériens sont rencontrés, notamment le liposyme, découvert par FLEMING, qui lyse les bactéries saprophytes du liquide buccal, et les inhibines dont la connaissance est due aux travaux de DOLE et qui ont une action plus connue. Leur importance semble extrême puisqu'ils seraient capables d'après cet auteur de détruire de lyser la plupart des microbes pathogènes.

Enfin, au point de vue cytologie, dans certains syndromes de rétention salivaire intermittente on a relevé une éosinophilie sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elle traduise un processus lithiasique.

L'étude physiologique de la sécrétion parotidienne a été précisée en 1951 par MM. HERNION P. et BATAILLE dans leur rapport sur les "Parotidites chroniques" au XIII^e Congrès Français de Stomatologie. Nous leur avons emprunté les notions qui suivent.

Chaque glande est commandée par deux nerfs qui sont antagonistes : l'un d'origine bulbaire le glosso-pharyn-

gion, l'autre d'origine sympathique.

Le glossopharyngien est le nerf secrettoire. Il donne des fibres pré-ganglionnaires qui vont au ganglion otique en empruntant le trajet du nerf tympanique et du petit pétreux superficiel. Du ganglion otique partent des fibres post-ganglionnaires qui vont à la glande par l'artère temporelle.

Le centre fonctionnel réflexe de la sécrétion salivaire est dans les noyaux bulbaires du facial et du glossopharyngien.

La principale origine de la voie sensitive du nerf est au niveau de la moelle : ce sont les nerfs du goût et notamment la IXe paire pour la parotide.

Mais d'autres nerfs, par voie réflexe bulbaire, produisent la sécrétion : par ordre d'importance les branches sensitives du trijumeau, le pneumogastrique, le splanchnique, le sciatique et, d'une façon générale, lors de l'excitation d'un nerf sensitif.

Les fillets sympathiques salivaires qui innervent la parotide proviennent de la moelle par les racines antérieures des IIIe IVe Ve VIe dorsales. Ils remontent jusqu'au ganglion cervical supérieur où ils se terminent; de ce ganglion partent les fibres efférentes post-ganglionnaires qui se rendent à la parotide par voie artérielle.

Le sympathique cervical est un modérateur des fonctions salivaires. Par son action vaso-constrictive il permet aux éléments de la sécrète de s'accumuler dans les cellules acineuses.

Son action s'étendrait aussi aux canaux excréteurs. Le sympathique, inhibiteur de la contraction du conduit, fermerait les sphincters tandis que le nerf antagoniste provoquerait la contraction des fibres circulaires du conduit et relâcherait les sphincters.

On verra tout l'intérêt de cette innervation de la parotide et du canal de Sténon quand nous étudierons la salivogénèse. Ses effets, de multiples actions réflexes, d'origines très diverses peuvent agir sur la glande et son conduit.

et ainsi expliquer le mécanisme non seulement de la lithase
mais aussi des sialocochites, des parotidites par réversion,
des parotidites post opératoires, en un mot des amygdales
dites.

CHAPITRE II

P A T H O G E N I E

La pathogénie de la lithiase parotidienne se confond avec celle de la lithiase sous-maxillaire. Il se pose, en outre, le problème de sa relative rareté par rapport à cette dernière. Cinq théories se trouvent en présence :

- La théorie mécanique
- La théorie chimique
- La théorie actinomycosique
- La théorie infectieuse
- La théorie réflexe.

- Théorie mécanique.

C'est la théorie la plus ancienne. Elle fut défendue par WRIGHT et THOMAS de CLOSMADENOC. Ces auteurs invoquent une compression extrinsèque du canal excréteur ou un rétrécissement inflammatoire, qui font obstacle à l'écoulement salivaire d'où changement dans sa réaction, précipitation et organisation de sels minéraux. On assiste ainsi à la formation d'un calcul. Cette théorie ancienne est aujourd'hui abandonnée.

- Théorie chimique.

Ch. SIGMIST un peu plus tard soutint que la précipitation de sels alcalins terreux de la salive se fait autour d'un corps étranger ayant pénétré dans le canal. Dans un petit nombre de fois (nous avons relevé trois cas dans les observations : "un petit fillet de bois", un grain de charbon, et une particule végétale) cette explication est valable.

- Théorie actinomycosique.

RAJSLUND et BODERLUND, deux auteurs Suédois, pensent que les calculs se forment toujours dans les canaux excréteurs, par suite de la pénétration d'actinomyces venant de la cavité buccale. Cette théorie est basée sur des examens histologiques et bactériologiques de calculs salivaires ainsi que sur la production expérimentale de calculs dans la salive au moyen d'actinomyces.

Mais, un fait qui milite dans une certaine mesure contre cette théorie, est qu'en pathologie vétérinaire les chevaux qui font assez souvent des calculs salivaires, présentent très rarement de l'actinomycose tandis que les chats et les chiens qui ont souvent de l'actinomycose ne font presque jamais de calculs. THOLEN (en 1949) remarque que si la théorie actinomycosique était exacte nous devrions en trouver dans les glandes salivaires elles-mêmes. Or, il ne trouva aucun signe clinique d'actinomycose dans 115 cas.

- Théorie microbienne.

C'est aujourd'hui à cette théorie que la plupart des auteurs se rallient.

GALIFRE, le premier, soutint, en 1886, devant l'Académie de Médecine, l'origine infectieuse de la lithiase salivaire. Les germes sont apportés par un corps étranger "agent parasitaire", ou sous l'influence d'une cause locale (gingivite chronique, tartre, caries multiples) ou générale il y a une exaltation des germes qui sont à l'état latent dans le canal excréteur de la glande.

- Théorie réflexe.

À la lumière des travaux modernes de pathologie générale, notamment le Professeur DECHAUME a précisé la pathogénie de la lithiase parotidienne en ajoutant le fait réflexe au rôle de l'infection. Il complète ainsi les travaux de GALIPPE.

Déjà, en 1919, M. ROUSSEAU-DECELLE avait le premier attiré l'attention sur les "troubles réflexes et fonctionnels" des glandes salivaires d'origine bucco-dentaire et, en 1947, MM. BERCHER et PARENT publient une étude sur les sialodochites et les troubles réflexes parotidiens.

Tout se passe au niveau des glandes salivaires, comme dans les autres ensembles excréto-sécrétoires, voies biliaires, intestin, système urinaire. S'appuyant sur les recherches de LERICHE, BRODIE, AUBIN et LAVEAU, Monsieur le Professeur DECHAUME applique à la parotide la doctrine des rétentions réflexes, qui sont dues à un déséquilibre de l'innervation canaliculaire et glandulaire : à une dystonie salivaire. Une irritation dans le domaine du trijumeau est susceptible de bloquer, par voie réflexe, le sphincter du canal de Sténon; "la persistance du blocage facilite l'infection secondaire des canaux et de la glande, et l'irritation prolonge elle-même le blocage. Sur un terrain prédisposé la lithiase peut enfin se constituer".

Il reste à expliquer, il est vrai, la fréquence de la lithiase canaliculaire opposée à la rareté de la lithiase glandulaire qu'on observe également pour la glande sous-maxillaire : les calculs glandulaires demeurent exceptionnels même dans les parotides chroniques.

Quant à la prédominance de la lithiase sur la sous-maxillaire, plusieurs raisons ont été invoquées sans beaucoup de conviction, notamment la composition différente de la salive parotidienne, moins riche en mucine et plus fluide, et le siège de l'orifice whartonian facilitant la pénétration de corps étrangers.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Généralités.

La lithiase parotidienne est relativement rare. Tous les auteurs sont d'accord sur ce fait. Néanmoins quand on consulte leurs statistiques portant sur les différentes lithiases salivaires on s'aperçoit qu'elles diffèrent dans d'assez notables proportions.

D'après HARRIS :

Wharton	61,4 %
Sténon	20,4 %
Sublinguale	18,2 %

D'après HARRISSON, en 1925 : statistique portant sur 375 cas.

Wharton	2/3 des cas.
Sténon	20 % environ.

D'après SELDEN H.A., SELDEN et JANKWICH (1953) : statistique portant sur 141 cas.

Wharton	92,3 %
Sténon	0,71 %
Sublinguale	6,4 %

D'après THULEN, statistique portant sur 115 cas.

Wharton	54	%
Sténon	12,6	%
Sublinguale	5,4	%

D'après HUSTEN E. (1953)

Statistique portant sur 63 patients examinés et traités entre 1944 et 1951.

Wharton	95	%
Sténon	5	%

Aussi pour les calculs du canal de sténon ces statistiques oscillent entre 20,4 % et 0,71 %.

Le lithiase parotidienne est généralement considérée comme l'apanage de l'adulte. Elle se voit semble-t-il à tous les âges, 4 ans dans une observation de M. ROUSSEAU-DECELLE et LATTES, 79ans dans celle de MANEC.

Sur 28 cas notés :

avant 20 ans	5
entre 20 et 40	9
entre 40 et 60	9
après 60 ans	5

Entre 20 et 60 le pourcentage se trouve être de 64%.

Les deux sexes sont inégalement atteints, mais la prédominance chez l'homme paraît relative : on relève, en effet, 17 cas chez l'homme, 13 chez la femme (32 cas notés).

Le calcul.

Siège.

Le lithiase parotidienne est avant tout canaliculaire comme le lithiase sous-mandibulaire (un cas glandulaire sur 35). Les auteurs ne donnent pas bien souvent des indications précises. Aussi est-il difficile de faire une étude statistique.

Il semble que le plus grand nombre des calculs siège à la partie moyenne du canal de sténon, en avant du méssier, près de l'ostium, enfin plus rarement dans le segment mésentérin (3 observations sur 35).

De la lithiase glandulaire nous n'avons pu rapporter qu'une observation : celle de JORDAN.

Enfin, parfois les calculs primitivement dans le canal peuvent migrer à la faveur d'une ulcération de la paroi et se fixer dans les tissus voisins. REDON signale une notion importante : "l'enchâtonnement de certains calculs qui siègent dans un véritable diverticule acquis du canal de sténon". Certains peuvent même permettre cathétérisme et sialographie.

Nombre.

Le calcul est presque toujours unique (26 cas sur 35), parfois au nombre de deux (6 cas). L'observation de NOEFREN rapporte l'histoire d'une jeune femme de 20 ans à qui il enleva 14 calculs.

Forme.

Elle est très variable et on en juge par les comparaisons que nous avons pu relever : "un pois", "un grain de blé", "un rein miniature", "une semence d'orange", "un grain d'orge", "une lentille", "un noyau de cerise".

Les calculs sont souvent irréguliers, découpés, recouverts d'aspérités à arêtes vives, coralliformes. Parfois, ils sont arrondis et lisses à l'une de leurs extrémités et pointus et irréguliers à l'autre.

Cet aspect fort différent de celui des calculs du canal de Wharton explique sans doute d'acuité particulière des phénomènes douloureux notés parfois lors de la migration du calcul.

Volume, poids, couleur, consistance.

Les comparaisons que nous venons d'énumérer donnent une idée de leur volume.

Leur taille est généralement minime et leur poids maximum n'excède pas trois grammes.

On cite partout le calcul géant de THOROGGON qui pesait 95 grammes et celui de BROW de Moscou qui pesait 18,60 gr.

Leur couleur est très variée : jaunâtre (la plus fréquente), blanc, blanc jaunâtre, brunâtre, marron clair.

Quant à leur consistance, elle diffère aussi énormément. BROWN rapporte le cas d'un calcul très friable qu'il put réduire en petits fragments dans le canal de Sténon à l'aide d'une sonde effilée.

Structure.

En coupe, ils apparaissent stratifiés, formés de couches concentriques. En leur centre on trouve quelquefois un corps étranger ("fillet de bois", grain de charbon, par exemple) ou un agglomérat de micro-organismes et de cellules épithéliales qui favorisent ou déterminent leur formation.

Dans une observation de M. LUTZ le calcul était formé autour d'une particule végétale.

Composition chimique.

Classiquement les calculs parotidiens, aussi bien que ceux de la sous-maxillaire, sont constitués principalement par des phosphates et des carbonates de chaux et de magnésie. On a encore signalé dans ces calculs, l'oxyde de fer, le chlorure de sodium, de calcium, le sulfocyanure de potassium et de sodium.

En 1952, TVEBORG, JENSEN et Marianne DANNE ont repris cette étude grâce à des examens cristallographiques aux Rayons X de 22 calculs des glandes salivaires (notamment deux calculs parotidiens).

Outre, des choses bien connues, le fait nouveau et surprenant est que 14 des 22 calculs examinés, contenaient du "whitlockite" (phosphate tricalcique pur $3(\text{Ca}^{++})_2 \text{P}_2\text{O}_7$). Ce corps aurait été auparavant très rarement mis en évidence

dans l'organisme humain et animal (6 fois seulement).

Les résultats de ces examens furent ainsi résumés :

* "Apatite" (phosphate tricalcique naturel : $3 \text{ Ca}_3(\text{PO}_4)_2$, P_2O_5 ou $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$) est le phosphate de calcium généralement rencontré chez l'homme et les animaux. Le "Whitlockite" (phosphate tricalcique pur) est rarement observé sauf dans les calculs des glandes salivaires. Vingt-six calculs furent examinés :

Whitlockite pur		: 2
Apatite pur		: 12
Apatite + Whitlockite		: 12
Carbonate de calcium		: 2 (taux 2 - 4 %)."

Les auteurs en concluent que la salive contiendrait "souvent ou peut-être toujours un facteur empêchant la précipitation du phosphate tricalcique naturel".

Lésions de la glande et de son canal.

1°) Lésions du canal.

Les lésions du canal, au début, se résument à une simple desquamation de l'épithélium avec infiltration oedémateuse des parois. Il peut parfois se produire une dilatation du canal en amont.

A un stade ultérieur, la suppuration apparaît et l'infection ne tarde pas à gagner les tissus cellulaires environnants. Le canal devient plus gros, s'indure, est perceptible au palper bilatéral avant la formation de l'abcès jugal.

A la faveur d'une ulcération de l'épithélium on peut observer un véritable enchâtonnement du calcul dans les parois du canal ou son existence hors du conduit, au centre d'une petite masse de tissu fibreux, ce qui sera bien souvent à l'origine d'abcès paricanaliculaires récidivants.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE:

C'est sur la lithiase canaliculaire que portera principalement notre étude (lithiase glandulaire à cas sur 30).

La longue tolérance par les malades des nombreux incidents qui en jalonnent le cours est le premier fait observé.

Nous avons résumé dans ce tableau la durée d'évolution des cas présentés :

moins de 1 mois..	7
moins de 6 mois .	9
moins de 1 an ...	5
entre 1 et 5 ans	8
entre 5 et 10 ans	4
enfin deux cas de	15 et 25 ans.

Ainsi s'explique le polymorphisme de cette affection qui donnera toute une gamme d'accidents réflexes, réflexes ou infectieux, qui apparaîtront successivement ou qui, le plus souvent, s'entrecroiseront les uns avec les autres obligeant à une description clinique assez schématique.

Nous envisagerons d'abord les accidents mécaniques avec une participation réflexe plus ou moins importante que M. RUPPEL, LATTES et Mme VOISIN appellent les "accidents de présence" parce que dans près des $\frac{1}{4}$ des cas révélateurs de la lithiase parotidienne, puis les accidents infectieux qui siègent soit au niveau du canal soit au niveau de la glande et qui peuvent parfois constituer la manifestation initiale (7 cas dans nos observations).

Accidents de Présence.

La hernie salivaire fut décrite pour la première fois par GARDEL, dans la lithiase sous-maxillaire. Des accidents rétentifs en tous points comparables peuvent être observés dans la lithiase du canal de Sténon. Au moment du repas, le malade présente une tuméfaction parotidienne indolore ou très peu douloureuse, avec une sensation pénible de distension. Cette immescence de la glande augmente au fur et à mesure de la mastication. Parfois, la déglutition de quelques aliments ou la vue, l'évocation d'un bon mets, suffit pour la faire survenir. Elle est plus ou moins volumineuse. Cette tuméfaction qui dure deux à trois heures disparaît brutalement et le malade perçoit alors un flot de salive, soit lentement. L'expression douce de la glande peut chez certains la faire disparaître.

La colique salivaire diffère de la précédente par son apparition plus brutale et par les phénomènes douloureux, aigus qui l'accompagnent. Ces douleurs sont si vives qu'elles peuvent empêcher l'absorption de toute alimentation. Elles sont immédiatement rapportées par les malades à la glande, mais peuvent aussi irradier dans la tempe et sous l'oreille.

Telle est la description classique de ces deux accidents. On les rencontre très rarement à l'état aussi pur.

Le plus souvent les malades présentent des accidents rétentifs qui évoluent sur plusieurs jours et ne montrent pas une relation aussi étroite avec l'heure des repas. La glande est augmentée de volume, légèrement douloureuse entre des crises aigües de rétention. Puis un jour tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'épisode suivant.

peuvent arriver parfois plusieurs crises après. Parmi les crises vont en se rapprochant, elles se font de plus en plus douloureuses et longues.

Dans certains cas les douleurs très intenses qui sont observées semblent en rapport avec cette conformation coralliforme de certains calculs du canal de sténon.

Enfin parfois cette intumescence parotidienne accompagnant des accidents rétentifs peut persister assez longtemps et ainsi se transformer en une parotite chronique comme le prouve les examens anatomo pathologiques.

Accidents infectieux.

1°) Au niveau du canal.

La sténonite est la première manifestation infectieuse que peut provoquer un calcul. Elle passera inaperçue du malade si elle ne s'accompagne de crises rétentives qui pourront ainsi évoluer jusqu'à une sténonite chronique.

La malade vient donc consulter lors de la survenue des phénomènes fonctionnels qui tiennent à l'obstruction de l'ouverture de la bouche, qui se fait toujours normalement. On notera que du côté atteint et tout autour de l'orifice du canal de sténon, la muqueuse est rouge ou recouverte d'un exsudat blanchâtre, crémeux, qui se détache facilement d'un écoulement salivaire d'une pureté et d'une abondance altérées.

L'orifice du canal est rouge, tuméfié, béant ou situé au sommet d'un petit mamelon.

Il laisse sourdre une goutte de pus ou un mélange de salive et de pus, soit spontanément soit après expression douce de la glande.

Tous ces signes sont identiques à ceux rencontrés dans les sialodochites.

Parfois aucun écoulement n'apparaît. C'est qu'il existe un spasme de l'orifice que l'on peut vaincre à l'aide d'un stylet ou de crins de Florence.

La palpation de la joue entre le pouce et l'index pourra révéler une douleur sur le trajet du canal que parfois l'on perçoit sous la forme d'un boyau dur.

Quelquefois on sent le calcul qui apparaît comme un petit boyau, très dur, mobile ou fixé au milieu d'un module fibreux.

La périostéonite complique la sialodochite. C'est une "cellulite" jugale (ou périosteale). Elle offre une symptomatologie et une évolution comparables à celle de la périostéonite.

Le malade est fatigué, il se plaint de douleurs locales et trismus. Sa température se relève progressivement jusqu'à 38° - $38^{\circ},5$.

A l'examen, on note d'abord un trismus qui peut être plus ou moins marqué. Une inflammation allongée, dure, bien limitée, située au niveau du canal de Sténon et arrivant à combler tout le sillon alvéolo-jugal supérieur du côté atteint, est bien sentie, surtout au palper digital qui est très douloureux. Cette induration est accompagnée par un oedème inflammatoire de la joue.

Au bout de quelques jours, quand la douleur est maxime en un point, la ponction devient un peu douloureuse, bien liée. L'abcès peut aussi s'ouvrir spontanément à la muqueuse ou même à la peau.

On retrouve ici encore la surélevance de l'ostium et l'issue de pus par le canal.

Dans quelques cas, cette inflammation partie du canal de Sténon peut diffuser à tous les éléments cellulaires de la région génienne. Les signes généraux sont les mêmes.

que précédemment, mais c'est tout l'hémi-race du côté intéressé qui présente une volumineuse tuméfaction.

La paristénchite, après une poussée aigue, peut revêtir une allure chronique. Le malade voit persister le long du canal de Sténon une induration allongée, de petit volume, non douloureuse ou un simple nodule fibreux au niveau du calcul qui peut être enclavé dans la paroi du conduit ou expulsé dans les tissus cellulaires qui environnent ce dernier.

En outre, il peut s'installer à l'ostium une suppuration persistante qui sera ponctuée d'épisodes péricanaliculaires récidivants.

2°) Au niveau de la glande.

Les malades présentent le plus souvent une tuméfaction intéressant toute la glande, qui est ferme plus ou moins volumineuse et légèrement douloureuse à la palpation. Elle se s'accompagne d'aucune modification des ségéments ni de trismus. C'est l'intumescence parotidienne habituelle des accidents rétentifs. Mais comme nous l'avons déjà dit, cette tuméfaction, si elle persiste, pourra être la traduction dure, authentique parotidite chronique.

Plus rarement observée (deux cas seulement dans nos observations) une parotidite aigue ou suppurée peut se rencontrer. Ce sera notamment le tableau clinique d'une lithiase glandulaire.

Le début est brutal. Le malade, qui en général a déjà présenté plusieurs poussées de parotidite chronique, ressent brusquement, d'un seul côté, une sensation de tension douloureuse de la région parotidienne qui s'exaspère à la mobilisation de la mandibule.

L'état général s'altère, la fièvre s'allume et une tuméfaction de la parotide apparaît. La peau devient rapidement rouge, adhère aux plans sous-jacents, ne peut être plissée; la pression du doigt laisse un godet d'œdème.

La palpation est extrêmement douloureuse, comme la sensation d'un empâtement profond. On n'arrive jamais à mettre en évidence une fluctuation véritable.

L'œdème endomaxillaire est gêné par un trismus plus ou moins accentué. L'estime du stème apparaît rouge, tumescent et laisse écouler du pus.

La suppuration se produit vers le 5^e ou le 6^e jour. Le pus part se drainer par le canal de Sténon, mais plus habituellement tend à faire issue à la peau.

Dans certains cas, l'ouverture de ces abcès, qui très souvent sont multiples, peut laisser comme séquelles des fistules salivaires, mais celles-ci guérissent le plus souvent spontanément.

Dès l'ouverture des foyers purulents et aussi grâce à un traitement antibiotique, l'état général s'améliore et tout rentre dans l'ordre en peu de temps. Parfois, il s'ensuit une parotidite chronique caractérisée par une tuméfaction persistante et douloureuse de la loge parotidienne. Elle pourra être facilitée de poussées aiguës, mais cette éventualité paraît assez rare.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC POSITIF

Les manifestations cliniques de la lithiase parotidienne n'ont rien de bien spécifiques comme nous le verrons au diagnostic différentiel. C'est sur l'examen clinique et les examens complémentaires (radiographie, sialographie) que nous devons nous appuyer pour établir notre diagnostic positif.

Le palper bidigital permet de sentir le calcul siégeant près de l'orifice du canal de Sténon. Le calcul est fixe ou mobile. Parfois, il se trouve au centre d'un petit nodule fibreux (observation de LAJOLIE et RUPPEL). Ceux qui siègent plus profondément sont masqués par l'épaisseur des tissus. L'inflammation de ces derniers est souvent aussi un obstacle. Néanmoins dans 12 observations le diagnostic put être ainsi posé.

Le cathétérisme que certains auteurs critiquent est presque toujours aisé malgré le spasme surajouté. L'aiguille-mousse est d'abord poussée franchement de dedans en dehors, puis le pouce étant retourné vers le pouce et l'index, le mouvement se fait alors d'avant en arrière. La tuméfaction génienne, l'absence d'écoulement salivaire, le trismus rendent difficile et parfois impossible la recherche de l'orifice. Dans neuf observations le cathétérisme a permis de déceler le ou les calculs alors que la palpation avait été négative.

Ainsi ces deux examens cliniques ont permis, dans la moitié des cas (18 sur 35), d'obtenir un résultat positif.

Une ponction exploratrice par voie cutanée au massueuse, à l'aide d'une aiguille, est conseillée par certains auteurs pour rechercher les calculs. Il ne semble pas que cette méthode soit à prôner car elle peut provoquer la diffusion de l'infection du canal de Sténon aux tissus environnants, et l'apparition d'une fistule salivaire.

Enfin, signalons les deux cas d'expulsion spontanée de calculs dans un flot de salive et de pus (observation de ROBIN et de MOULARD) ainsi que ceux découverts au cours d'empyotidectomie (Obs. de DESCHAUME et Coll. et de TOURNAIX).

Radiographie.

La radiographie est le premier examen complémentaire à pratiquer quand on soupçonne une lithiase ou pour confirmer et situer exactement la position d'un calcul diagnostiqué cliniquement.

1°) Canal de Sténon.

- Technique du film vestibulaire.

On utilise un petit film dentaire, que l'on place sur la face vestibulaire des molaires, en tâchant de le glisser le plus haut et le plus profond possible dans le vestibule. Des radiographies sous des incidences différentes sont parfois nécessaires pour avoir une image du calcul, et notamment un cliché avec des rayons ayant une trajectoire orientée d'arrière en avant, pour pouvoir projeter la partie postérieure du canal sur le fil. On se servira de rayons mous avec un temps de pose très court.

- Technique de WHINERY.

Le film est placé dans un plan vertical transversal derrière l'oreille. Le rayon est orienté parallèlement au plancher de la bouche et perpendiculairement au film. Le point du cône, c'est-à-dire le rayon central, se trouve à hauteur du sténon.

29) Parotide.

La radiographie de la parotide est la seule méthode des nous avons à notre disposition pour mettre en évidence un calcul au niveau de la glande. Malheureusement elle vient se projeter sur les os de la base du crâne et sur la saillie montante de la mandibule qui peuvent ainsi noyer les images peu opaques.

On utilise les techniques bien classiques du maxillaire défilé et de PARMA.

La radiographie a donné la diagnose dans trois cas et l'a confirmé de nombreuses autres fois. Il faut signaler que deux fois, malgré la prise de clichés sous des incidences différentes et avec des rayons très courts, il fut impossible d'obtenir une image des calculs qui devaient être découverts à l'intervention chirurgicale. (Observations de RICHARD - CHENNA et DENNION et de DECHAMPS, Mlle CHATOT et coll.)

18) sialographie.

Nous n'insisterons pas sur la technique, maintenant bien codifiée. Il n'y a pratiquement pas de contre-indication. On ne signale aucun incident réel même si l'injection est pratiquée au cours d'une infection entraînant une élévation ou un arrêt du flux salivaire. Les seuls incidents mineurs rencontrés sont la congestion vasculaire réflexe, la sidération fonctionnelle transitoire de la glande ou une poussée inflammatoire réactionnelle de courte durée.

Les incidences radiographiques doivent être multiples. Pour le calcul de sténos des clichés vestibulaires suffisent.

Si l'on veut des images de la glande, les clichés de profil sont pris en position maxillaire défilé ou par la méthode de PARMA, tandis que les clichés de face suivent l'incidence de RITZ parasagittal plutôt que maxillaire.

Des clichés peuvent être pris de quart d'heure en quart d'heure ou quel que jours plus tard pour vérifier l'élimination du lipiodol.

Les sialographies permettant d'étudier le remplissage des canaux dont les bords doivent être réguliers, parallèles et dont le calibre doit diminuer insensiblement depuis le canal principal jusqu'aux acinis.

Seules sont typiques d'une lithiase, les images en clair d'un calcul, un défaut de remplissage ou une rétention lipiodolée au niveau du canal de sténose.

Il ne semble pas qu'il existe encore d'image sialographique connue de lithiase glandulaire.

Dans nos 35 observations, 6 fois seulement on a eu recours à une sialographie pour mettre en évidence des calculs.

Une seule fois, un calcul fut révélé sous la forme d'une petite image radiopaque, de contour irrégulier, entourée par un fin liséré de lipiodol (observation de M. BATAILLE).

Dans l'observation de RICHARD - CERNEA et HERNON, c'est la persistance de lipiodol deux mois après l'examen qui a amené à rechercher l'existence d'un obstacle qui s'est révélé être un calcul non radio opaque.

Dans le cas de M. COUTAND le lipiodol s'arrête net au niveau d'un calcul qui avait été mis en évidence sur une radiographie sans préparation.

Enfin, les calculs furent noyés par le lipiodol dans les observations de MM. DECHAUME et coll., de LEJENNEL et de GRIGNON.

De ces quelques cas on peut conclure que le rôle de la sialographie n'est nullement négligeable malgré certains échecs.

En outre, elle peut être utile, d'après KALIN, pour distinguer les phlébolithes, qui se développent dans les hémangiomes de la région parotidienne ou jugale, des calculs. En général, un examen attentif suffit : "Les premiers, le plus souvent multiples, ont un centre plus clair et une forme arrondie ou plus souvent ovalaire; les seconds généralement uniques, ont au contraire un noyau plus dense, leur forme peut être circulaire ou également ovalaire".

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Les affections qui évoluent dans le même cadre anatomo clinique que la lithiase parotidienne sont nombreuses. Elles pourraient souvent nous induire en erreur si on ne s'aideait pas d'un examen clinique minutieux, de la radiographie avec ou sans opacification de la glande et d'autres examens tels que ponction, biopsie, prélèvement salivaire, réactions sérologiques.

Le diagnostic différentiel se posera différemment suivant le tableau clinique réalisé par la lithiase. Nous n'envisagerons d'abord lorsque les signes rétentifs dominent puis lorsqu'il s'agit d'accidents infectieux canauxaires ou péricanauxaires, enfin lorsqu'il existe une parotidite aigue.

Accidents rétentifs.

Cette intumescence parotidienne apparemment isolée, unilatérale peut être :

- un hématome intraparotidien. La sialographie montre alors un refluxement du système canaliculaire à la périphérie d'une image homogène située au centre du champ glandulaire.

- un pneumatocèle de la glande qui s'observe chez les souffleurs de verre, les joueurs d'instruments à vent. Une pénétration ascendante de l'air réalise une tumeur dont le signe principal est la crépitation gazeuse. Elle disparaît progressivement.
- une parotidite ourlienne fruste unilatérale. Dans ce cas le diagnostic peut être difficile en dehors de toute notion de contagé. On aura recours aux réactions sérologiques : soit la réaction de déviation du complément dont la positivité n'est décalée qu'à la fin de la première semaine, soit l'épreuve de l'hémoagglutination qui met en évidence les anticorps spécifiques dans le sérum de sujets convalescents ou guéris d'oreillons.

C'est essentiellement avec les sialodochites et avec les parotidites à rechute (réflexes ou allergiques) que le diagnostic sera le plus souvent discuté.

Les sialodochites, qui comme le nom l'indique, étaient considérées autrefois comme une inflammation localisée du canal de sténon, sont en fait, d'après le rapport de MM. HENNON et BATAILLE au XIIe Congrès Français de Stomatologie (Paris Oct. 1951) "des parotidites subaiguës ou même aiguës à rechutes, caractérisées par des crises de "rétention salivaire, laissant des tuméfactions d'importance variable. Les rechutes répétées pendant des mois, des années, l'évolution prolongée confèrent à la maladie une allure "chronique."

Ces parotidites ont reçu des appellations différentes suivant des auteurs d'après la prédominance d'un symptôme. Elles comprennent :

- L'hydroparotidite intermittente de CLAISSE.
- Les parotidites pyogènes récurrentes de PAYNE.
- Les parotidites canaliculaires de CHASSAIGNAC.
- Les parotidites chroniques mucopurulentes
de REMOUCHAMPS.
- Enfin, la sialodochite fibrineuse de RUSSMAUL.

Les parotidites d'origine réflexe surviennent par "poussées" essentiellement caractérisées par un gonflement important de la glande. La sialographie met en évidence une dilatation "irréversible" de la glande et surtout de ses canaux excréteurs : la distension domine l'élément inflammatoire et peut étre seule.

Quant aux parotidites allergiques, elles ont été observées chez des asthmatiques et réalisent un syndrome analogue à celui des parotidites réflexes. La crise qui est déclenchée par un allergène infectif ou alimentaire, alterne avec la crise d'asthme, la précède ou la remplace.

L'allure clinique de ces affections, surtout des sialodochites étant fortement semblable à celle de la lithiasis, on comprend combien le diagnostic de lithiasis ne devra étre porté qu'en s'appuyant sur tous les éléments qui traduisent l'existence d'un calcul.

Enfin, pour terminer, nous citerons les parotidites chroniques spécifiques (tuberculose, syphilis et actinomycose) qui sont fort rares sauf les parotidites tuberculeuses et dont le diagnostic d'exception est fait le plus souvent par un examen histologique. Parmi celles-ci un seul fait très important à retenir : l'association d'un tableau clinique de tuméfaction chronique de la région parotidienne et d'une image radiologique de calcification dans l'aire parotidienne impose, sans réelle difficulté d'après MM. BATAILLÉ et VIGNEUL, le diagnostic de ganglion tuberculeux calcifié intraprotidien.

Accidents infectieux canaux et péricanaux.

Le diagnostic différentiel fera éliminer les infections jugales suivantes :

- les adénophlegmons géniaux du groupe buccinatoire seront facilement reconnus s'ils ont été précédés d'une phase de lymphocellulite ou d'adénite aigüe. Il n'existe pas de gonflement parotidien, de pus à

l'ostium du canal et la tuméfaction n'apparaît pas au début allongée dans le sens horizontal comme dans la périostéonite. En outre, un examen minutieux ne tardera pas à trouver la porte d'entrée du germe : lésion cutanée ou muqueuse dans le territoire des lymphatiques afférents de ces ganglions.

- Les cellulites de la région génienne supérieure d'origine dentaire seront, en général, facilement écartées. La tuméfaction est collée à l'os et comble dès le début toute la partie postérieure du vestibule supérieur du côté atteint. L'examen clinique et la radiographie mettront en évidence la source supérieure en cause et son extraction fera régresser tous les symptômes.
- Enfin, les cellulites géniennes d'origine salivaire ont été décrites par M. DECHAUME au 10e Congrès Français de Stomatologie (PARIS 1938). La tuméfaction est centrée sur l'orifice du canal de sténion qui est atréfié. Il s'en suit une dilatation localisée du canal et de la stase salivaire qui favorisent la pullulation microbienne. Tout rentre dans l'ordre après incision de l'ostium.

Paréotidite aiguë

Les infections de voisinage seront, en général, facilement éliminées que ce soit :

- l'ostéomyélite de la branche montante ou une cellulite pouvant intéresser la branche montante. L'anamnèse, l'examen bucco dentaire, la radiographie feront le diagnostic.
- la mastéidite. Les symptômes otitiques et la douleur à la pointe de la mastoïde orienteront le diagnostic.
- l'adénophlegmon latéro pharyngien chez un enfant ou un adulte ayant présenté un épisode angineux. Les signes fonctionnels (dysphagie intense et extrêmement précoce) et l'examen préciseront la topographie de l'infection plus pharyngienne que cervicale.

- l'adénophlegmon intra-parotidien. Le interrogatoire minutieux permettra de préciser l'évolution antérieure d'une infection dans les territoires voisins (peau, joue, oreille externe). Les signes de début de cette affection sont différents de ceux d'une parotidite aiguë : c'est une adénite simple dure douloureuse, bien arrondie dans le creux parotidien. A la période d'état, les deux affections présenteront des symptômes identiques.

Plus difficiles seront à éliminer par le simple clinique, les parotidites aiguës non lithiasiques. Si l'interrogatoire révèle plusieurs crises récurrentes dans les antécédents on pourra être orienté sur une lithiase canaliculaire. Mais le plus souvent la parotidite semble apparemment primitive et c'est, en principe, la radiographie qui tranchera le problème entre une parotidite aiguë lithiasique et une parotidite aiguë consécutive à un foroncle, un anthrax, une adénite, (ce qui est rare), à la pénétration d'un corps étranger dans le canal de Sténon (un cas, LATTES), à un état bucco-dentaire septique ou toute autre affection qui par voie réflexe peut amener une diminution de la sécrétion salivaire et favoriser ainsi l'infection glandulaire.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement de la lithiase canaliculaire aura pour but essentiellement l'élimination du calcul, soit spontanée par l'ostium, soit chirurgicale. Au contraire, dans la lithiase glandulaire l'issue du calcul par le canal de sténon étant impossible et son émulsion risquant d'amener un trop grand délabrement anatomique, on devra se contenter le plus souvent de traiter uniquement les poussées inflammatoires.

Calculs canaliculaires.

Quand le calcul est près de l'orifice du canal de sténon ou qu'il est petit et lisse, une simple dilatation et incision de l'ostium est seulement nécessaire. Il s'évacue spontanément entraîné par un flot de salive et de pus, que l'on peut augmenter par des pressions sur la glande et sur le canal.

Mais c'est à l'émulsion chirurgicale, par voie antetrachéale, que l'on aura recours le plus souvent (20 observations). Elle est pratiquée sous anesthésie locale. Après dilatation de l'orifice du canal de sténon une sonde est insérée dans le conduit. Le dos du bistouri repose sur la sonde et l'incision est faite de la sonde vers la glande.

«l'écoulement» du pus. Il faut avoir attendu pour l'abord
d'apprécier les possibilités fonctionnelles de la glande.

Ensuite, éventuellement on devra essayer soit la
radiothérapie, soit l'arrachement du nerf sécrétoire (nerf
secreteur, proposé par LERICHE).

L'intervention est relativement facile et n'entraîne
pas de cicatrice inesthétique, puisque la voie d'abord se
fait par une petite incision (de 3 cm.) prétragienne comme
pour exciser l'articulation temporo-mandibulaire. On rochet
à la scie osseuse le bord arrière des vaisseaux temporo-
superficiels qui ont été préalablement liés. On la charge avec
une pince et on l'arrache en l'enroulant autour de celle-ci
comme dans la technique de la pharyngotomie.

La radiothérapie s'attaque directement aux acini
et stérilise la glande. Si parfois deux ou trois séances suf-
fisent (une dose de 1.500 r au total) dans d'autres cas, il
faut des doses beaucoup plus fortes qui sont à l'origine de
lésions cutanées. La radiothérapie à dose sclérosante reste
un moyen efficace dans la mesure où la fonction se trouve
définitivement supprimée.

C'est seulement après échec de ces procédés non
délabrants que l'on peut envisager la parotidectomie, opéra-
tion très difficile dans ses temps successifs et qui
s'accompagne de multiples séquelles : paralysie faciale,
algies plus ou moins persistantes de la région temporale,
syndrome de FREY : essentiellement caractérisé par une
rougeur de la région parotidienne et un écoulement souvent
important de sueur.

La paralysie faciale disparaît, d'après REDON,
complètement en un temps variable qui peut atteindre trois
mois ainsi que les algies de la région temporale qui
paraissent n'être que des douleurs cicatricielles. Mais il
n'en est pas de même du syndrome de FREY qui est «la
véritable séquelle de la parotidectomie» et qui résiste très
souvent à toutes les thérapeutiques.

Calculs glandulaires.

Le traitement de la lithiase glandulaire pose des problèmes beaucoup plus complexes que celui de la lithiase canaliculaire.

Si les accidents aigus rétrocedent, en général, assez bien sous l'action conjuguée de la mycothérapie, des vaccins et du drainage chirurgical des abcès par une incision très postérieure, en arrière et au dessous de l'angle de la mâchoire qu'elle encadre en fer à cheval, il n'en est pas de même de la parotidite chronique qui peut s'installer souvent par la suite.

Quelques cas guérissent et tournent court après une évolution de quelques mois ou un traitement prolongé par les antibiotiques.

Si non on aura recours soit à la radiothérapie, soit à l'arrachement du nerf auriculo temporel.

C'est seulement pour les parotidites rebelles à ces traitements conservateurs que l'on peut envisager l'intervention chirurgicale.

La parotidotomie sera écartée parce que trop avengle. A moins de calculs très superficiels et très bien repérés sur les radiographies elle a de fortes chances d'échouer. D'autre part, des rameaux du facial seront obligatoirement lésés et une fistule post opératoire s'en suivra pendant assez longtemps.

Préférable semble être la parotidectomie malgré ses séquelles. En effet, le malade sera définitivement débarrassé de son affection parotidienne au prix d'une paralysie faciale heureusement transitoire. Mais il risque de voir survenir le syndrome de FRSI.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Observation n° 31 communiquée par le Docteur LATTÈS.

Résumé.

Mme B... âgée de 30 ans, vient consulter le 20 Mars 1952 dans notre Service de Stomatologie, à l'hôpital Laennec, pour une cellulite génienne droite.

Le malade présente depuis une dizaine de jours, au moment des repas, des coliques salivaires très douloureuses au niveau de la parotide droite. Une radiographie montre l'existence d'un calcul du canal de sténose aux contours très irréguliers.

Un calcul coralliforme est retiré par voie buccale.

- Observation n° 2 communiquée par le Docteur LATTES.

Résumé.

Monsieur L..., âgé de 67 ans, vient consulter le 1^{er} Janvier 1946 dans notre Service de Stomatologie à l'hôpital Laennec pour une tuméfaction parotidienne gauche très douloureuse.

Depuis 5 ans il présente des crises rétentives très irrégulières, mais qui, ces derniers temps, sont de plus en plus douloureuses et rapprochées.

Un calcul, décelé à la radiographie, est retiré par voie buccale.

- Observation n° 3 communiquée par le Docteur LATTES.

Résumé.

Monsieur D..., âgé de 50 ans, vient consulter le 10 Juin 1936 pour une tuméfaction parotidienne gauche très douloureuse. Depuis deux mois il a présenté de nombreuses fois un accident identique. Un cliché de face du graine montre à la face externe de la branche montante gauche, 10 millimètres sous le zygoma, l'image d'un calcul qui se trouve donc dans le segment massétérin préglандаire du canal de Sténon.

Des injections de vaccin (Pyovaccylème) et du Jaborandi sont prescrites.

A la suite de deux autres poussées inflammatoires encore plus douloureuses et de la migration du calcul en avant du masséter, son énucléation par voie endobuccale est pratiquée le 18 Juillet 1938.

- Observation n° 4 communiquée par le Docteur LATTEA.

Résumé.

Monsieur L..., âgé de 30 ans, nous est adressé par son médecin, en Février 1953, pour une cellulite glandulaire subaiguë gauche.

Depuis un mois le malade présentait des crises de coliques salivaires au niveau de sa glande parotide gauche. L'examen de l'ostium du canal de Sténon permit d'apercevoir un petit corps étranger qui pointait à travers l'orifice. C'était une petite particule végétale d'une graminée.

Le calcul qui était centré sur celle-ci fut très facilement retiré.

- Observation n° 5 communiquée par le Docteur BATAILLE.

Résumé.

Mlle J... Paulette âgée de 34 ans, est adressée, le 30 Septembre 1953, dans le service de stomatologie de l'hôpital Laennec, pour une poussée de parotidite aigue droite. Depuis trois ans elle présentait une parotidite chronique du même côté. Un traitement est institué à base d'auréomycine et de Jaborandi.

Le 10 Octobre 1953, une sialographie est faite. Un calcul fut révélé sous la forme d'une petite image radiopaque de contour irrégulier, entourée par un fin liseré de lipiodol. Il était situé à la partie moyenne du canal de Sténon.

Le calcul fut expulsé spontanément quelque temps après.

Le 16 Juin 1954, la malade est revue et semble définitivement guérie.

- Observation n° 6 - Communiquée par le Docteur WIGNAU.

Résumé.

Monsieur L..., âgé de 51 ans, présente depuis 4 mois des crises rétentives très irrégulières au niveau de la glande parotide droite. Des intussusceptions constantes et une nouvelle poussée de rétention l'amenent à consulter en Janvier 1955.

Le palper digital permet de sentir un petit nodule légèrement douloureux à la partie antérieure du canal de Sténon qui laisse écouler une salive épaisse mélangée à du pus.

Le cathétérisme et un film vestibulaire mettent en évidence un calcul situé près de l'ostium.

Son élimination est provoquée par voie endobuccale.

- Observation n° 7 - Communiquée par le Docteur WIGNAU.

Résumé.

Monsieur R..., âgé de 50 ans, nous est adressé par son dentiste le 14 octobre 1955 pour une tuméfaction de la joue gauche apparue bruyamment 2 jours auparavant lors d'un repas. Le même accident était apparu il y a un an et avait rétrocedé après un traitement antibiotique.

A l'examen, on trouve une tuméfaction de la région parotidienne gauche et un conduit induré au niveau du canal de Sténon avec un écoulement douloureux à son orifice. On introduit dans le canal une sonde sur un corps dur. Pas d'abcès général. Température à 37°8.

Un film intrabuccal montre deux calculs situés l'un derrière l'autre en avant du masséter.

Élimination par voie endobuccale le 21 novembre 1955.

- Observation n° 8 communiquée par le Docteur COUTARD.

Résumé.

Monsieur D..., âgé de 66 ans, nous est adressé le 3 Janvier 1956 par un confrère pour une énorme tuméfaction de la joue gauche qui évolue depuis cinq jours. Trismus de plus en plus serré et température qui grimpe chaque jour (38° - 38°5 - 39°) malgré un traitement antibiotique (auroémocline).

Depuis six mois le malade percevait un afflux brutal de salive qui se reproduisait très irrégulièrement, parfois plusieurs fois par jour ou seulement tous les deux ou trois jours, sans aucune manifestation douloureuse ni gonflement apparent.

Vers la mi-Décembre apparition, à la face interne de la joue gauche, d'un cordon indure et indolore. Il siège au niveau du canal de sténon.

Un film intrabuccal met en évidence un calcul à la partie moyenne du canal de sténon.

L'incision d'une collection purulente siégeant le long du bord antérieur de la branche montante gauche provoque la régression des signes généraux et du trismus.

Un essai de sialographie est pratiqué. Les clichés montrent un arrêt du lipiodol au niveau du calcul.

Le 8 Février, émulsion par voie endobuccale d'un petit calcul jaune.

- Observation n° 9 communiquée par le Docteur GRIGNON.

Résumé.

Monsieur D..., âgé de 52 ans, vient consulter le 10 Avril 1955 dans le Service de Stomatologie de l'hôpital SAINT-LOUIS pour une cellulite gégénienne subaiguë centrée sur le canal de sténon gauche. Le malade n'a jamais présenté de tuméfaction parotidienne.

Un cliché vestibulaire montre l'image d'un calcul.
Une sialographie donne un résultat négatif.

Le 20 Avril le calcul est extrait.

Dix-huit mois plus tard le malade présente à nouveau un accident identique. Une radiographie met en évidence un deuxième calcul qui est évincé par voie buccale le 27 Octobre 1955.

- Observation n° 10 communiquée par le Docteur ROBIN.

En Août 1923, le jeune M... présente un accident inflammatoire de la région parotidienne droite.

- gonflement de la joue, rougeur, douleur vive.
- température à 39°
- trismus intense
- rougeur et œdème diffus du sillan gingivo labial supérieur droit.

Traitement : gargarismes chauds et compresses humides chaudes qui amènent 40 heures après l'expulsion spontanée d'un calcul suivi d'un flot de pus.

Le calcul était muriforme, cylindrique, irrégulier, long de 15 millimètres et large de 5 millimètres.

- Observation n° 11

NOEHRN Alfred H. (The Journal of the American Medical Association - n° 1 - 6 Janvier 1923).

Calculs multiples du canal de sténon.

V.S...., âgé de 20 ans, étudiant, présente un gonflement de la joue gauche qui dureit depuis 8 ans et qui variait de temps en temps.

Tuméfaction modérée de la joue gauche ayant l'apparence d'un abcès alvéolaire de la mâchoire supérieure.

A la palpation gonflement de la forme irrégulière et consistant en un certain nombre de corps durs siégeant près du bord antérieur du muscle masséter au niveau du canal de sténon.

La parotide n'était pas augmentée de volume.

Quatorze pierres dures et couvertes d'un épais tissu adhérent furent enlevées à notre grande surprise.

Suites opératoires : très bonnes.

- Observation n° 12.

DELANWEY E. et DEMAREZ R. (Société de Médecine du Nord - 25 Juin 1957).

Une observation de calcul du canal de sténon.

Histoire typique de lithiase parotidienne datant de 25 ans.

Des accidents brusques de rétention salivaire bientôt suivis de parotidite suppurée nécessitant une intervention active : le calcul est trouvé enclavé à peu de distance de l'orifice du canal de sténon et extrait sans difficultés.

- Observation n° 13.

MERLE BERAL Jacques (Le Congrès Français de Stomatologie p. 104).

Sur un cas de lithiase du canal de sténon.

Résumé.

M. T..., âgé de 30 ans, vient consulter le 12 Novembre 1936 pour des douleurs assez imprécises siègeant dans la région jugale et maxillaire gauche. Aucun gonflement des téguments. Diagnostic porté : pulpite de g6. Traitement et les douleurs disparaissent.

Le 20 Juin 1937 le malade revient pour les mêmes douleurs. La joue gauche est un peu plus volumineuse que la joue droite. A la palpation : pas de douleur nette, mais on certain manque de souplesse des tissus de la région massétérine.

Le malade révèle alors qu'en temps de crise les douleurs se produisaient au moment des repas et que la région parotidienne gonflait un peu. Puis tout rentrait en ordre au bout de quelques heures.

Un cathétérisme du sténion ainsi qu'un cliché radiographique devait permettre de mettre en évidence un calcul qui fut énucléé quelques jours plus tard par voie endobuccale.

- Observation n° 14.

RICHARD - CERNEA et HENNVION (Société de Stomatologie de Paris 17 Mars 1942) (extrait de la Revue de Stomatologie 1942 p. 105).

La rétention lipiodolée après sialographie, symptôme d'obstruction canaliculaire.

M. C..., vient consulter pour une tuméfaction parotidienne droite indolente et apyrétique.

L'orifice du canal du sténion est normal, son cathétérisme facile. La radiographie de la glande et du canal ne révèle pas de calcul.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que le malade observe une discrète augmentation de volume de la

glande au moment des repas. Il s'écoule par le sténon un pus contenant du pneumocoque.

La sialographie pratiquée en Décembre 1941 ne montre pas de signes nets de lithiase. Par contre, une nouvelle radiographie pratiquée en Février 1942, deux mois après l'examen lipiodolé révèle la persistance du lipiodol dans la glande.

L'hypothèse d'un obstacle canaliculaire devient de plus en plus vraisemblable et d'ailleurs le cathétérisme permet de percevoir à 6 centimètres environ de l'orifice du sténon un calcul qui est extrait chirurgicalement par les voies naturelles.

Un cliché pratiqué une semaine après montre que le lipiodol a presque complètement disparu.

.....
- Observation n° 15 LACRONIQUE et MALINGRE.

A propos d'une parotidite unilatérale (Société de Stomatologie de Paris 17 Mars 1942) (Extrait de la revue de Stomatologie 1942 - p. 103).

Malade, Agée de 24 ans, venue consulter pour une tuméfaction douloureuse de la région parotidienne droite évoluant depuis deux jours. C'est la sixième récidive depuis l'été 1939. Issue de pus par le sténon.

On porte le diagnostic de parotidite unilatérale.

La cause n'apparaît pas.

On pratique deux radiographies au moyen de films intrabuccaux : l'un dans la verticale, l'autre sur la face linguale des molaires. Toutes deux montrant la présence d'un calcul gros comme un petit pois du canal de Sténon, en regard de la deuxième grosse molaire supérieure.

- Observation n° 16: BROWN C. JAY.

Le 1er Octobre 1943, un homme âgé de 50 ans vient consulter pour une tuméfaction douloureuse de la face du côté gauche qui l'ennuie périodiquement.

Une radiographie montre une image opaque : aspect de calcification, se projetant sur la branche montante. Cette image est interprétée comme des apex fracturés lors d'une extraction de dent de sagesse inférieure.

En cours d'intervention une suppuration par l'ostium du sténon est reconnue et une radio sur film endobuccal affirme le diagnostic de lithiase canalaire.

Le calcul est fragmenté par cathétérismes répétés, les fragments s'éliminant spontanément.

- Observation n° 17: JORDAN L. E.

Calcul expulsé de la glande parotide (Oral. Surg. Oral. Med. oral. Path.) (Surg 1951 - 4 - n° 3 - p. 309-312).

Résumé.

Monsieur J. L..., âgé de 47 ans, est amené à consulter pour une énorme tuméfaction qui englobait toute la région parotidienne droite. Elle était très douloureuse à la palpation. Pas de fluctuation. A l'orifice du canal de Sténon aucun écoulement de salive même après une légère pression de la glande.

Un film maxillaire défilé révèle une image ronde qui ressemblait à un calcul et qui siégeait en avant de l'oreille. Des clichés pris sous des incidences différentes devaient permettre de situer exactement le calcul hors de la capsule glandulaire "in the infra temporal fossa".

Après une tentative infructueuse d'émuccléation, il fut décidé de le laisser en place.

La tuméfaction a rétrogradé en un mois grâce à un drainage de la région parotidienne associé à un traitement antibiotique (Pénicilline) localement et par voie générale.

Aucune récurrence deux ans après.

- Observation n° 18 NENOF.

American Journal Of Diseases of children 1916
(Extrait de la thèse de Jean FREMIOT - PARIS 1925).

Résumé.

Fille de 6 ans et demi observée en Juillet 1915 à la clinique chirurgicale de Mount Sinai Hospital (New-York).

Depuis 4 ans elle présente au côté droit de la face une tuméfaction toujours sensible et parfois très douloureuse qui n'a jamais disparu. Toujours égale en été, elle augmentait de volume et présentait des dimensions variables en hiver.

Actuellement, tuméfaction qui dessine en l'exagérant la glande parotide. L'orifice du canal de Sténon est très petit et très rouge. Une petite sonde lacrymale ne peut pénétrer. Radioscopie négative.

Après anesthésie générale on incise largement l'embouchure du canal de Sténon donnant issue à une grande quantité de liquide mucopurulent. Alors on peut passer une sonde qui rencontre deux calculs. On ne réussit pas à les évacuer.

Un mois plus tard le gonflement parotidien a disparu, l'écoulement purulent a cessé. Une tentative pour les extraire échoue. En octobre 1915 l'enfant va bien, on sent toujours ses calculs au palper.

- Observation n° 19 LE JEMTEL.

(Archives Franco-Belges de Chirurgie - Septembre
1932 - p. 781 - 782).

Résumé.

P..., 25 ans, a vu apparaître depuis quelques mois sur sa joue droite une tumeur salivaire qui se montre aussitôt qu'il a mangé quelque chose soit après un repas complet soit après la déglutition d'un simple morceau de sucre. Le malade réduit cette tumeur de lui-même en appuyant sur le trajet du canal de sténon et celle-ci se vide dans la bouche.

Cathétérisme du sténon : à deux centimètres de l'ostium rétrécissement qu'il est impossible de vaincre.

Sialographie qui met en évidence la portion rétrécie et la tumeur salivaire.

Sous anesthésie générale il est pratiqué une ouverture du sténon jusqu'à la portion rétrécie ce qui a permis de passer ultérieurement des bougies en gomme de moins en moins fines.

Une semaine plus tard un calcul jaunâtre, irrégulier, était expulsé spontanément.

- Observation n° 20 SOLE

Presse médicale Belge 1897.

Garçon de 13 ans. Depuis 3 ans douleur du côté droit de la bouche pendant la mastication, douleur de la joue droite avec gonflement intermittent par les temps froids et humides. Accentuation progressive de ces symptômes.

L'examen de la joue gonflée montre une série de nodules sur le trajet du canal de sténon de droite.

avec une tumeur en sautoir des sinusites maxillaires du conduit.

Une incision permet de retirer les calculs, l'écou variant entre 6 et 17 cgr.

Guérison.

- Observation n° 21. Bulletin de la Société anatomique (1847 p. 490).

Une femme de 79 ans, infirme de la Salpêtrière, éprouvait depuis cinq mois, dans le côté droit de la face et dans la région parotidienne, un vil sentiment de brûlure et par instant des élançements incommodes, suivis une difficulté extrême d'ouvrir la bouche.

La malade entre dans le service de M. MANEC. La région parotidienne est fortement engorgée, saillante et dure; en posant le doigt dans la bouche au niveau de la 2^{ème} molaire supérieure droite, on sent un petit corps dur dont l'origine remonterait suivant la malade à une dentée dentaire.

Depuis son entrée à l'infirmerie on remarque que la région parotidienne diminue sensiblement de volume. M. MANEC put extraire ce corps étranger en passant la pointe de ciseaux ordinaires dans l'orifice du canal et pratiquant une légère incision. Il retire de la sorte un calcul blanc, léger, de la grosseur d'un grain de blé arrondi et lisse à une de ses extrémités, pointu et irrégulier à l'autre.

Après quelques accidents peu importants le malade quitte les salles le 24 décembre complètement guéri. La salive avait repris son cours habituel.

- Observation n° 22 MAYER. (Gazette Médicale)

Une femme vint en juin 1836 la consulter pour un engorgement de la glande d'une colésteite situés à la partie

moyenne de la joue gauche au niveau de la 2ème molaire supérieure. La douleur avait commencé depuis huit à neuf mois. Elle souffrait beaucoup.

Ayant introduit l'index dans la bouche, il sentit un corps situé plus profondément : examinant avec soin il vit l'orifice du canal de sténon béant assez large pour laisser passer une plume de pigeon. La sonde introduite rencontre un corps dur. Après des tentatives infructueuses d'extraction sans incision, il fallut débrider l'orifice sur la cannelure. Il sortit un calcul blanc jaunâtre, à surface rugueuse, long de 13 millimètres et large de 6 millimètres.

La guérison fut rapide.

- Observation n° 23. FARDEAU

Mémoires de médecine et de chirurgie militaires
(1822).

Au mois d'avril 1816, je fus appelé par un malade de 40 ans qui portait à la joue droite une tumeur ulcérée, volumineuse et d'où résultait une abondante suppuration.

Beaucoup de moyens avaient échoué jusqu'alors; le mal allait en augmentant; de petits abcès et des ulcérations nombreuses se formaient autour de la tumeur et même au loin vers l'oreille et l'angle de la mâchoire; toute la joue était considérablement tuméfiée, la peau qui la recouvrait était violette et menacée d'une prochaine destruction.

D'abord, je crus à une carie compliquée de carie. Pénétrant par la fistule la plus large avec un stylet, je sentis un corps étranger : je crus à une portion d'os; mais à sa dureté particulière et au son qu'il donnait je ne pus me reconnaître une pierre. Elle était entourée de fongosités que je détruisis; aussitôt à l'aide d'incisions et de débridements convenables, j'enlevai le calcul sans beaucoup de peine. Grossie comme une petite noix, cette pierre était blanche dure et avait la forme d'un rein.

Je fis ensuite dans le Coyer des injections d'eau tiède aiguillée d'un peu d'eau de vie, de la charpie fut introduite dans le fond de la plaie.

Au bout de quinze jours la guérison fut parfaite et sans difformité remarquable.

- Observation n° 24

SEGUIGNOL, Chiforgien de l'Hospice
Saint-Eloi de Montpellier.
(Journal général - tome 18 p. 19).

Le 23 Fructidor, an IV, la nommée Marie MARTIN, âgée de 50 ans, se présente à l'hospice St.-Eloi avec un gonflement érysypélateux de la joue gauche, tension et dureté de la glande parotide du même côté, difficulté de remuer la mâchoire.

La maladie datait de sept jours seulement; sans fièvre; SEGUIGNOL la crût d'abord entretenue par une carie dentaire. Un traitement local composé d'infusion de fleurs de sureau saturnisée, détermina au bout de trois jours un ramollement tel que la malade put ouvrir la bouche.

Le chirurgien vit alors que toutes les dents étaient en bon état et trouva dans l'épaisseur de la bouche une dureté circonscrite, sensible à la face interne, très peu à la face externe, située sur le trajet du conduit de sténon, près de son orifice dont la dilatation plus grande qu'à l'ordinaire permit d'introduire un stylet. "Je m'assurai, par ce moyen," ajoute SEGUIGNOL, de l'istence d'un corps solide dans ce "conduit". L'extraction en fut faite facilement à l'aide d'une pince. Il en sortit un peu de pus et la malade se trouva guérie au bout de 8 jours.

Il restait néanmoins plus près de la parotide, une dureté semblable à la première, que SEGUIGNOL pensa être également un calcul. Quatre mois après ce second calcul se présente à l'orifice du canal de sténon et fut extrait de la même façon.

Les deux calculs étaient de la forme et de la grosseur d'une semence d'orange; leur substance avait beaucoup

d'analogie avec cette couche friable qui tapisse les parois de la vessie. Un petit filet de bois sur lequel s'étaient formées les incrustations traversait la première pierre existante. La seconde manquait de noyau.

- Observation n° 25.

TOURNEUX J.P.

Lithiase parotidienne
(Concours médical - 11 - XII - 1921).

Résumé.

Le nommé Canille G..., 23 ans, exerçant la profession de coupeur est hospitalisé le 23 Mars 1921 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour une tuméfaction de la région parotidienne droite. La peau est rouge, chaude, luisante. La palpation ainsi que le toucher intrabuccal sont très douloureux et ne mettent pas en lumière de fluctuation. Ils permettent cependant de localiser la lésion sous la peau en avant du masséter. Il fut impossible de cathétériser l'orifice du canal de Sténon à cause d'un peu de trismus et surtout de la tuméfaction de la joue.

Quatre mois auparavant le malade s'était rendu compte de l'apparition d'une petite grosseur au niveau de la région parotidienne droite, non mobile, assez sensible au toucher et occasionnant de la gêne et de la douleur au moment de la mastication. Cette grosseur persista à peu près 15 jours puis rétrocéda subitement. Elle devait réapparaître un mois après, offrant de nouveau les mêmes caractères.

Intervention chirurgicale, le 25 Mars, sous anesthésie générale à l'éther. Un peu en avant de l'extrémité de la glande il existait une petite quantité de liquide purulent qui, en s'échappant, entraînait avec lui deux petits calculs. La plus grande partie du canal salivaire et la moitié inférieure de la glande fut réséquée.

- Observation n° 26 BUTHERLAND P.M. (Lancet 20 Juin 1931*)

Résumé.

Au mois d'Avril de cette année, une femme âgée de 40 ans se présenta dans le service avec une tumeur de la glande parotide gauche.

L'interrogatoire révéla que 10 ans auparavant elle avait présenté des crises de rétention salivaire durant 5 mois. Tout rentra dans l'ordre, puis huit ans plus tard les mêmes accidents réapparurent.

L'exploration de la glande avec une aiguille permit de sentir un calcul qui fut élevé par voie cutanée.

- Observation n° 27 TARTANSON.

(Extrait de la thèse de MOULARD, Montpellier 1929-1930).

(Observation rédigée par la malade elle-même.)

Il y a dix ans : apparition des premières douleurs dans la région parotidienne, douleurs qui augmentaient beaucoup pendant la mastication et obligeaient à suspendre les repas. En même temps que la douleur, une augmentation assez considérable de la glande parotide se fait sentir et percevoir. Cet état local persistait quelques jours, puis subitement survenait une salivation abondante et trouble qui faisait disparaître l'empatement et la douleur : seule une grande sensibilité persistait à la pression.

Pendant 10 ans, Madame X... ressentit les mêmes douleurs, constata les mêmes symptômes. En 1927 des douleurs plus vives, empêchant l'absorption de toute alimentation, amenèrent à consulter le Dr. TARTANSON qui constata la présence d'un calcul du sténon et en fit l'ablation. La malade fut immédiatement soulagée et depuis cette époque, il y a maintenant deux ans aucun malaise n'a été ressenti de ce côté.

J'ajoute que le calcul pointait au-dehors et que par suite son diagnostic et son ablation était la simplicité même. C'était une petite concretion comparable comme volume et comme forme à un grain d'orge de surface irrégulière et de consistance dure.

- Observation n° 28 TARTANSON

(Extrait de la thèse de MOULARD - Montpellier 1929-1930)

Résumé.

Ch... E., âgé de 43 ans, est adressé à l'hôpital par son médecin pour parotidite chronique, le 15 Mars 1929.

Depuis huit mois, environ, il souffre de la joue gauche. En avant de l'oreille, depuis 8 jours, il a remarqué que les douleurs étaient en relation avec les heures des repas et qu'il se produisait alors une tuméfaction de la joue. La douleur devint si forte au cours d'un déjeuner que le malade est obligé d'interrompre son repas.

Le 23 Mars, sous anesthésie locale, le cathétérisme est pratiqué. Après dilatation de l'ostium, une assez grande quantité de salive s'en écoule, puis par expression de la parotide et de la joue on extrait deux petits calculs du volume d'un petit grain d'orge.

- Auto-observation n° 29 du Dr. H... de Montpellier.

(Extrait de la thèse de MOULARD - Montpellier 1929-1930)

Au mois d'Avril 1924, pendant mon service militaire, éprouvant quelques douleurs d'estomac, je fis usage pendant quelque temps de charbon de Belloc. Puis au mois d'Août de la même année, des douleurs dans la joue droite, un peu au devant de l'oreille, s'installèrent de façon insidieuse puis augmentèrent en intensité. C'étaient des douleurs lancinantes avec irradiations brusques et vives dans la tempe et sous l'oreille. En même temps que ces douleurs, je constatai une tuméfaction progressive de la joue droite. A vrai dire je souffrais presque continuellement. Le froid et les courants d'air augmentaient un peu mes douleurs, mais c'était surtout au moment des repas que ces douleurs et la tuméfaction concomitante étaient les plus vives. Cependant peu après les repas, les phénomènes s'atténuaient et comme j'avais alors

la bouche espleie de salive, je pensai que cette salivation abondante était la cause de la sédation des douleurs.

Je pris quelques comprimés d'aspirine à l'infirmerie régimentaire qui ne firent pas grand effet. Le dentiste n'ayant rien remarqué d'anormal, j'entrai à l'hôpital militaire le 17 Août. Le lendemain alors que le médecin m'examinant palpaît un peu rudement ma joue tuméfiée, je me sentis soudain la bouche gonflée d'un flot de salive que je crachai dans un plat. Au milieu de cette salive légèrement trouble et visqueuse, le médecin recueillit trois petits calculs marron-clair, de la forme et de la dimension d'une lentille, de consistance assez molle. En les écrasant nous trouvâmes, au centre de ces calculs, un petit débris noir et dur que je pensai être une parcelle de charbon de Belloc.

J'ajoute que je me sentis immédiatement soulagé et que depuis je n'ai jamais plus souffert.

- Observation n° 30 LEMAITRE F. et SUPPE C.

(Extrait de la thèse de Mme VOISIN-VARLETTE - Paris 1935).

Résumé.

Le 13 Janvier 1932, le Docteur LIEVRE, nous adressa une femme qui présentait depuis deux jours une tuméfaction parotidienne survenant à chaque tentative de mastication, avec légère douleur.

Nous avons pu reproduire devant nous ce gonflement parotidien en lui faisant mastiquer du pain. L'orifice du canal de Sténon était normal. L'expression du canal faisait sourdre de la salive.

À la radiographie faite par le Docteur BARRAL, on découvrit une petite ombre anormale, de forme circulaire, de deux à trois millimètres de diamètre, répondant au bout distal de la dent de sagesse supérieure droite.

Tous ces symptômes se sont atténués en quatre jours.

- Observation n° 31. LEMAITRE F. et RUPPE C.

(Extrait de la thèse de Mme VOISIN-VALLETTE - PARIS 1935).

Résumé.

Marcel C., vu le 27 Novembre 1927. La première crise remonte à 1919. Le gonflement unilatéral de la parotide a été pris pour les oreillons.

Depuis le malade a fait trois ou quatre crises tous les ans, se traduisant par une tuméfaction parotidienne apparaissant au moment des repas, sans douleur, et disparaissant deux ou trois heures après avec un flux salivaire abondant.

A l'examen, on constate un léger empatement de la région parotidienne droite. L'orifice du canal de Sténon est normal. Pas d'émission de pus.

Radiographie négative. Le malade a été perdu de vue.

- Observation n° 32. BOZO et LATTES.

(Extrait de la thèse de Mme VOISIN-VALLETTE - Paris 1935).

Résumé.

Une malade, âgée de 65 ans, est envoyée par son médecin dans le service pour une énorme tuméfaction de la joue droite, envahissant la lèvre supérieure, infiltrant les paupières, empêchant l'ouverture de l'oeil etempiétant sur la fosse temporale.

L'interrogatoire révèle que depuis trois ans au moins, deux ou trois fois par semaine apparaissait une tuméfaction parotidienne droite peu douloureuse quoique donnant une sensation de tension, qui se constituait en quelques

instantané pour disparaître brusquement avec sensation d'écoulement salivaire abondant qui soulageait instantanément le malade.

On pratique une radiographie qui montre une masse blanche arrondie et projetée sur la branche horizontale opposée du maxillaire inférieur. Mais on ne peut affirmer qu'il s'agisse d'un calcul.

Le 15 Février, après cathétérisme du sténon qui donne un contact dur, émulsion du calcul par voie endobuccale.

- Observation n° 33 ROUSSEAU-DECELLE et LATTES.

(Extrait de la thèse de Mme VOISIN-VALETTE - Paris 1935).

Résumé.

C., Georges, âgé de 4 ans, est conduit le 5 Mars 1934 à l'Ecole de Stomatologie pour une volumineuse tumeur de la région génienne droite. Palpation douloureuse. L'expression de la parotide fait soulever du pus par l'orifice du canal de sténon. Léger trismus - Etat général assez bien conservé. Pas de fièvre.

Cet accident s'est reproduit avec la même symptomatologie à deux ou trois reprises durant le mois de Février.

Le 9 Mars 1934 : on prescrit des injections de vaccin (pyovaccin) et l'enfant reçoit successivement : 1/4, 1/2 et 1 cc.

• Le 29 Mars 1934, devant l'état stationnaire l'intervention est décidée : sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, le stylet est introduit dans le sténon et on incise sur une longueur de 1 cm. Un liquide hémato-purulent s'écoule entraînant un calcul de la dimension d'un grain de blé.

Ultérieurement : guérison complète du jeune enfant.

- Observation n° 54 M. DECHAUME, Mme CHAPUT, P. BUREAU et PIETRE

Sur un cas de lithiase parotidienne.

(Revue de stomatologie : Oct. 1947-48 - n° 10 - p. 600-603).

Résumé.

Mme M..., 61 ans, nous est adressée en Janvier 1946 par le Dr. ROUXEAU pour une tuméfaction parotidienne droite avec écoulement intermittent de salive qui remonterait à quatre ans environ.

A l'examen, on isole au niveau du prolongement antérieur de la glande, un nodule plus important de la grosseur d'une noisette. La palpation n'est pas douloureuse. L'orifice du canal de Sténon apparaît rouge et dilaté. Il laisse écouler facilement, spontanément et par pression sur la glande, un liquide séro grumeleux abondant.

On pratique une radiographie de la joue qui ne décèle pas la présence de calcul ainsi que deux sialographies à six mois d'intervalle qui montrent seulement une amputation du canal.

Le 12 Juillet la malade est adressée à l'Institut Curie, au Dr. ROUX BERGER qui décide de pratiquer une parotidectomie.

Après cette intervention il persiste par l'orifice du sténon un écoulement purulent et de mauvaise odeur qui ira en s'aggravant. Le 27 Novembre un abcès s'ouvre spontanément à la joue. L'état reste stationnaire en Décembre et Janvier.

Le 27 Février le Dr. ROUX BERGER pratique l'excision de l'induration de la joue sous anesthésie locale. Il s'agit d'un nodule dur, entouré de graisse, à l'intérieur on trouve un calcul.

- Observation n° 35 LEMAITRE F. et RUIFF G.

(Extrait de la thèse de Mme VOISIN-VALETTE - Paris 1935).

Résumé :

Mme N..., âgée de 21 ans, entre dans le service du Professeur LEMAITRE pour être opérée d'une tumeur du joué gauche le 18 Mars 1925.

A l'âge de 6 ans, ablation d'une boule graisseuse par voie locale, la cicatrisation terminée, il persiste une petite boule en pleine joue. Pendant 15 ans, la malade qui s'est étudiée, n'a remarqué que des augmentations momentanées de sa joue, non douloureuses et n'étant nullement en relation horaire avec les repas.

Dernièrement elle trouve en se palpant deux petites masses dures (comme un caillou dit-elle) situées au centre de la grosseur. Par ailleurs la malade n'accusait aucune douleur spontanée, aucun écoulement de liquide pathologique.

Opération le 18 Mars 1927, par le Docteur LEMAITRE : excrèse d'une petite masse de tissu fibreux ainsi que de deux calculs.

Observations		Signes de début	Durée	Complications
n° 13 DELLA-MAGLI	30: H	: Accidents de : rétention	: 7 mois	: jugale
n° 14 FRICHARD-CHATEL et JENNION		: Intumescence de : de la Parotide	: 3 mois	
n° 15 LACRONIQUE et MALINGRE	24: F	: Parotide aigue : (pneumonie : poussées)	: 3 ans	
n° 16 BROWN		: Accidents de : rétention		: Cellulite : génienne
n° 17 JORDAN	41: H	: Parotidite : chronique	: 19 jours	
n° 18 NEUOF	6: F	: Intumescence : de la parotide	: 4 ans	: Parotidite : suppurée
n° 19 LE JEMTEL	25: H	: Accidents de : rétention	: Quelques : mois	: jugale
n° 20 SOLE	13: H	: Accidents de : rétention	: 3 ans	: jugale
n° 21 MANEC	79: H	: Douleurs : imprécises	: 2 mois	: Intumescence de : la Parotide
n° 22 FUZET	F	: Douleurs : fugaces	: 9 mois	: jugale
n° 23 FARDEAU	40: H	: Cellulite ju- : gale suppurée		
n° 24 SEGUIGNOL	50: F	: Cellulite : jugale	: 4 mois	
n° 25 TOURNEUX	2: H	: Intumescence des : la Parotide	: 4 mois	

Examen	Signes de la maladie	Tratamiento	Prognóstico
le cathétérisme la radiographie	sténose : 1	:Emucléation par	:suites non précises
le cathétérisme qui non révélé la sialographie	sténose : (à 6 cm de 1 ^{er} orifice)	:Emucléation par :voie buccale	
la radiographie	sténose : 1	:Emucléation par :voie buccale	
la radiographie	sténose : 2	:Calme fistule M... :gée par cathétérisme	
la radiographie	sténose : 2 (para- planal)	:Abstention	:suites non précises
la palpation et sialographie	sténose	:Abstention	:Suites non précises
l'expulsion instantanée	sténose : 2	:Excision du conduit	:sialographie non :explicite
la palpation	sténose	:Emucléation par :voie buccale.	
la palpation	sténose : 1	:Emucléation par :voie buccale.	
la palpation le cathétérisme	sténose : 1	:Emucléation par :voie buccale	
le cathétérisme	sténose : 1	:Emucléation :par voie buccale.	:Intervention :difficile.
la palpation et cathétérisme	sténose : 1	:Emucléation par :voie buccale.	
l'intervention parotid. partielle	:Prolong. :masséter.	:2 :Parotidectomie :partielle	

Observations	Signes de début	Durée d'évolution	Complications
n° 26 S. WHELAN	Coliques salivaires typiques	10 ans	Stomatite
n° 27 S. WHELAN	Coliques salivaires typiques	10 ans	Stomatite
n° 28 H. WHELAN	Coliques salivaires	10 ans	Stomatite
n° 29 S. WHELAN	Cellulite jugale	10 ans	Stomatite
n° 30 L. WHELAN et RUFFE	Hernies salivaires	10 ans	Stomatite
n° 31 L. WHELAN et RUFFE	Intumescence de la Parotide	10 ans	Stomatite
n° 32 L. WHELAN et RUFFE	Intumescence de la Parotide	10 ans	Stomatite
n° 33 L. WHELAN et RUFFE	Cellulite jugale	10 ans	Stomatite
n° 34 L. WHELAN et RUFFE	Intumescence de la Parotide	10 ans	Stomatite
n° 35 L. WHELAN et RUFFE	Tuméfaction jugale	10 ans	Stomatite

Examen	Diagnose des lésions	Examen	Examen
le cathétérisme et la radiographie	sténose	Emucléation par	Calcul petit 2,50 grs
le cathétérisme seul non révélé et la sialographie	sténose (à 3 cm de l'orifice)	Emucléation par voie buccale	
la radiographie	sténose	Emucléation par voie buccale	
la radiographie	sténose	Calcul friable dégagé par cathétérisme	
la radiographie	sténose (para-lingual)	Abstention	Suites non précisées
la palpation et le cathétérisme	sténose	Abstention	Suites non précisées
la palpation et l'incision immédiate	sténose	Incision du sténose	Sialographie non explicite
la palpation	sténose	Emucléation par voie buccale.	
la palpation	sténose	Emucléation par voie buccale.	
la palpation et le cathétérisme	sténose	Emucléation par voie buccale	
le cathétérisme	sténose	1 Emucléation par voie buccale.	Intervention difficile.
la palpation et le cathétérisme	sténose	Emucléation par voie buccale.	
l'intervention rotid. partielle	Prolong. masséter.	2 Parotidectomie partielle	

Dossier médical		N° de la photo		N° de la photo		N° de la photo	
n° 1		F		Séqueles		10 jours	
L A T T E S				salivaires		général	
n° 2		H		Intumescence		5 ans	
L A T T E S				de la Parotide		Accidents de	
						de rétention	
n° 3		H		Intumescence		2 mois	
L A T T E S				de la Parotide		Cellulite	
						général	
n° 4		H		Cellulite		1 mois	
L A T T E S				général			
n° 5		F		Intumescence		3 ans	
L A T T E S				de la Parotide		Poussée de	
						Parotidite aiguë	
n° 6		H		Séqueles		6 mois	
L A T T E S				salivaires		Intumescence	
						de la Parotide	
n° 7		H		Intumescence		1 an	
L A T T E S				de la Parotide		Cellulite	
						général	
n° 8		H		Accidents de		6 mois	
L A T T E S				rétention		Cellulite	
						général	
n° 9		H		Cellulite gé-		18 mois	
L A T T E S				nueuse subaiguë			
n° 10		H		Parotidite		2 jours	
L A T T E S				aiguë			
n° 11		H		Noyau circon-		3 ans	
L A T T E S				scrit de la joue		Cellulite	
						général	
n° 12				Accidents de		25 ans	
L A T T E S				rétention			
DEBARTY et							
DEBARTY							

CONCLUSIONS

- 1°) La lithiase parotidienne qui est une affection relativement rare est avant tout canaliculaire (un cas de lithiase glandulaire sur 33).
- 2°) Contrairement à une opinion classiquement admise, elle se voit à tous les âges, mais le plus souvent entre 20 et 60 ans.
- 3°) Le calcul, qui est presque toujours unique (25 cas sur 33), parfois au nombre de deux (six cas), est souvent de petite taille, irrégulier, découpé en arêtes vives, coralliforme.
- 4°) L'évolution clinique est très diverse et s'étend le plus souvent sur plusieurs mois et même plusieurs années. Elle est marquée par des accidents rétentifs et infectieux qui se succèdent ou qui s'imbriquent les uns dans les autres.

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-

- ANTAUD - Lithiase parotidienne (Soc. Chir. Marseille 9 Avril 1934, t. 2 n° 3).
- BATAILLE R. - Technique pour la radiographie de la glande parotide (Symp. médical - 24 Janvier 1951 - 54 - p. 408).
- BIERCHER S. et FARRET J. - Stomatodites et troubles rétrostomatiques parotidiens (Rev. Stomatologie 1947, 43, n° 7 - p. 409-418).
- BOULAND - Radiographie des calculs du canal de Sténon (Revue dentaire - 7 Mars 1934 - p. 12).
- BRACHETO-IRAIN P. - Lithiase de la glande parotide (Pub. y. trav. de la Soc. de chir. de Buenos Aires 12 : 205, 13 Juin 1928).
- BROWN C. - Calculs de la parotide avec diagnostic erroné (J. Oral Surg. 1949, 7 n° 2 - p. 169-170).
- CHAPUT A. et GHELLET M. - Lithiase salivale (Paris Méd. 30 Déc. 1950 - 48 - n° 48 - p. 694 - 696).
- DEBUCCHI - Lithiase parotidienne chez l'enfant (C.R. Soc. de Biol. t. LXXXII - p. 1.079 - 1922).
- DECHAUME - Parotidite séreuse (Revue de Stomatologie, t. 44 n° 11 - 12 nov. 1943 - p. 141).
- DECHAUME, CHAPUT Max, BUREAU Y. et VERTÉ - Sur un cas de lithiase parotidienne. (Rev. Stomat. Oct. 1947 - 44 - n° 10 - p. 600-603).
- DECHAUME, COQUEL S. et RAULIN P. - Le salivier humain - (Revue de Stomatologie Août-Sept. 1950 - 51, n° 8-9).
- DELANNOY E., DEMARZEL R. - Une observation de calcul du canal de Sténon (Ann. de Médecine du Nord - 26 Juin 1937).
- DELANNOY E., DEMARZEL R. - Une observation de calcul du canal de Sténon (Revue de Stomatologie 1938 - p. 185).
- FREMIOT J. - Contribution à l'étude de la lithiase salivale chez l'enfant, (thèse Paris 1925.)

- **FEIL** - Un cas de calcul salivaire du Canal de Sténon. Société Française d' Oto-Rhino-Laryngologie, séance du 27 Mars 1931 - p. 1341.
- **GARNOT** - La lithiase sous-maxillaire et parotidienne (Thèse Paris 1928 - Tome 119 n° 1481).
- **GALPES** - Note sur la présence de microbes dans les canaux excréteurs des glandes salivaires normales (Soc. Biol. 1904 - séance du 2 Février).
- **GUÉRY-LESCLAPPE** - Un cas de lithiase parotidienne double (Séance Société Avril 1923).
- **HERNIMAN P. et BATAILLÉ R.** - Les parotidites chroniques VIIIe Congrès Français de Stomatologie - Paris Oct. 1951 (Revue de Stomatologie 1951 - 32 - n° 7 - p. 436-509).
- **IMBHO G.** - Une contribution à la lithiase salivaire (Unter. Zechr. Hamb. Av. 1950 - 47 - 145-151).
- **JORDAN L.B. S.** - Calculs excréteurs de la parotide (Oral. Surg. Oral Med. Oral Path., Mars 1951 - 1 - n° 3 - p. 309-312).
- **LE JOURNAL** - Note of Armand le Stemon's duct in production of parotid gland calculus case (Archiv. Franco-Belges de Chirurg. 13, P. 761-762 - Sept. 1932).
- **MAÇO-FRANCIS Giuseppe** - Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la lithiase salivaire. (Archives Chirurgias oris, Vol. II fasc. 1 - Janv. 1934 - p. 69).
- **MIRIE-BERAI J.** - Sur un cas de lithiase du Canal de Sténon (10e Congrès de Stomatologie 1938 - p. 104).
- **NOUJARD** - Contribution à l'étude des parotidites avec calculs du Canal de Sténon (Thèse Montpellier 1929 - 30)
- **NAESLUND** - Studien über Speicheldrüsenbildung (Acta. path. et microbiol. scandinav. 2 : 244, 1925).
- **NEW et HARPER** - Inflammation parotidienne et lithiase (Surgery, Gynaecol. and obstetr. Vol. 43 n° 4).
- **NOEHRN** - Multiple calculi in Stenson's duct (Journal American Medical Association 6 Janvier 1923).
- **PERRIER Tertia** - Calculs de la parotide (Rev. Soc. Fert. obstétric., 2 : 1-2, Jan. Jure 44).

- PONTES A. - Parotid calculi with report of case (Rev. brasil de cir. - 11 : 637-644 - Dec. 42).
- RABLOCZKY - Über die Parotissteine und über der Röntgenuntersuchung der Speicheldrüsen (Sortsch. a. d. geb. d. Röntgenstrahlen. Hambour 1919-1920 XXVII p. 429).
- REDON H. - Chirurgie des glandes salivaires (Masson et Cie - Paris 1955).
- REDON H. - Pathologie des glandes salivaires - (E.M.C., Traité Pathologie chirurgicale - Fasc. 15990 A. - 12 - 1951).
- RICHET - Des calculs salivaires (France Medicale 1876).
- RISAK E. - Zur Klinik U. Pathologie der Speichelsteinkrankheit (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Scand. - 1946 suppl. 2.)
- ROBERG - Sialolithiasis (Chir. Med. soc. 1904).
- ROBERG - Sialolithiasis (Ann. of Surgery - Philadelphia - 1904 - p. 669).
- ROBERTS E.W. - New technic for demonstrating calculi in parotid gland (South. Med. & Surg. - 105 : 373 Aug. 45).
- RODIMA E.M. - Calculs salivaires du canal de la glande parotide (Stomatologia - Moscou 1952 - n° 4 - 53)
- ROUSSEAU-DECELLE - Les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire (Rev. max.-fac. dec. 1919 - n° 12).
- RUPPE, LATTES et VOISIN - Lithiase parotidienne -(Annales d'Oto-Laryngologie n° 6 - Juin 1936 - p. 577 - 583).
- SODERLUND G. - Die Speicheldrüsenaktinomykose (Acta Chir. scandinav. 1927 - suppl. 9).
- SUTHERLAND B.M. - Case of parotid calculus (Lancet 1 : 1349 - 1350 - 20 Juin 1951).
- TEODORESCU M. et VASILIU J. - Calculus of parotid gland (Rev. de chir. Bucaresti 21 : 263 - 264 - Mai 1929).
- THOLEN E.F. - Sialolithiasis (J. Oral Surg. 7 : 63, 1949).
- THOMAS de CLOSMADÉUC - Thèse Paris 1855.

- THORLAND (D.M. du) - Lithiase parotidienne (The Lancet vol. 220 n° 5625 - 1931 - p. 1349 - 1350.)
- TOURNEUX J.P. - La lithiase parotidienne (Concours médical 11 Déc. 1921).
- TOURNEUX J.P. - Lithiase parotidienne (Concours médical. 26 Août 1950 - n° 34 - 2525 - 2526).
- TOURNEUX J.P. et BERNARBEIG - La lithiase parotidienne (Bul. et Mém. Soc. Anatomie de Paris t. ICI p. 425, 1921).
- TOVBORG, JENSEN A. and DANOE Marianne - X. ray. Crystallographie Examination of calculi from glandulae salivales (S. Dent. Research - in print -).
- TOWNSEND F.M. - Multiple calculi Stenson's duct and parotid gland (U.S. Nav. M. Bul. 24 : 909 Oct. 1926).
- VALLEDOR T., CODINACHA, EXPOSITO L. - Calculi in childhood; Case of multiple calculeosis of right parotid gland (Bul. Soc. Cubana de pediat. 14 : 603 - 616 Déc. 42).
- WORMS G. - Paralysie faciale et coliques salivaires (lithiase parotidienne) (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 47 : 766 - 768 - Août 1928).

